

NOMBRE: \_\_\_\_\_

**ASMA**  
**PLAN DE ACCION MÉDICA**

**SINTOMAS:** Dificultad con la respiración con inhalaciones cortas y exhalaciones más largas, rápidas, y respiración poco profunda, resollando (un sonido de tono alto que se oye cuando respira), tos excesiva (puede causar vomito), sensación de tener el pecho apretado, (\_\_\_?\_\_\_), sentir un hormiguero/ adormecimiento en los dedos de la mano y los pies, perdida del color en los labios.

**INTERVENCIONES:**

1. Intentar de calmar el estudiante. Quedarnos con el estudiante.
2. Hacer que descanse el estudiante en una posición sentada, respirando lentamente por la boca, y exhalando lentamente por los labios cerrados.
3. Ofrecerle líquidos.
4. Hacer que el estudiante tome medicamentos recetados como lo ha ordenado el medico y el padre.
5. Notificarle a la enfermera de la escuela si esta en el edificio.
6. Notificar al padre de dificultades con la respiración que son severas o si el medicamento no es efectivo en 15 minutos.
7. Si un padre no está disponible o el estudiante está teniendo extrema dificultad con la respiración, llamar al 911 y transportarlo al Hospital \_\_\_\_\_.
8. Información Adicional:

En orden de asegurar que las necesidades de mi hijo(a) sean alcanzados, yo entiendo y estoy de acuerdo que la información será compartida con personal de la escuela u otro personal a medida que tengan que saber para proveer el cuidado adecuado. Yo entiendo y estoy de acuerdo que la enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con el medico de mi hijo(a) en cuanto a esta condición.

FIRMA DEL PADRE/APODERADO LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

RECORD DE LA ESCUELA PARA EL ASMA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

GRADO/MAESTRA(O) \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

PADRE/APODERADO LEGAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

MEDICO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

1. ¿Lleva su hijo(a) una pulsera de “alerta medica”?  Sí  No
2. De una descripción breve de lo que causa las síntomas de asma de su hijo(a) (el tiempo, el frío, alergias, ejercicio)
3. ¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) un ataque de asma que requiere que el/ella necesita ver a un medico? ¿Oír al hospital?
4. ¿Tiene su hijo(a) un Plan de Acción para el Asma del medico?  Sí  No  
(Una copia de el plan debe ser proveído a la escuela)
5. Enumere cualquier medicamento que toma su hijo(a) para su asma (Con qué frecuencia y en qué cantidad):  
  
¿En Casa?  
  
¿En la Escuela?
6. ¿Sufre su hijo de alguna reacción de estos medicamentos? Por favor de enumerarlos:
7. Enumere cualquiera actividad/ejercicios en que su hijo(a) NO PUEDE participar. (SE REQUIERE UNA NOTA DEL DOCTOR)
8. ¿Qué hace su hijo(a) en casa para aliviar su síntomas durante un ataque de asma? Favor de marcar todos los que se aplique)

\_\_ Ejercicios de respiración

Toma medicamento: \_\_ Inhalador

\_\_ Descansa/se relaja

\_\_ Nebulizador

\_\_ Toma líquidos

\_\_ Medicina Oral

**FAVOR DE NOTAR: Si se debe tomar medicamentos en la escuela, deben tener una etiqueta de receta del doctor, y una autorización medica debe ser llenado por el medico y mantenido en la escuela. Estudiantes NO son permitidos a transportar medicamentos. Pueden obtener formularios médicos de la oficina de la escuela, y son renovados cada año para cada medicamento.**

**FAVOR DE LEER LA ACCION DE EMERGENCIA PARA EL ASMA EN EL LADO REVERSO, Y ANADE CUALQUIER INFORMAICON ADICIONAL.**